**Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra**

 **MATTEA FEDERICO**

Settimo T.se, lì **13/09/2024**

Codice Corso: **SIC-21-2024**

**OGGETTO: Conferimento incarico di collaborazione professionale**

 Facendo seguito ai colloqui intercorsi, con la presente si conferisce alla S.V. l'incarico di collaborazione,come di seguito specificato, per il seguente corso di formazione professionale:

**Titolo Corso:Gestione Allergie Alimentari BIMBOPORTO**

 **N° ore 1 – Attività: Docente**

 L'incarico di cui sopra dovrà essere svolto secondo il calendario e gli impegni concordati con l'Ente come precedentemente esposto a partire dal **13/09/2024** e potrà subire variazioni dettate da esigenze organizzative.

Inoltre, si precisa che la collaborazione richiede l’esecuzione di attività che possono essere preliminari, in itinere e/o successive a quelle strettamente legate all’incarico. Il sotto riportato compenso include pertanto le predette attività oltre a quelle accessorie che eventualmente potranno rendersi necessarie, quali, a titolo esemplificativo, la partecipazione a riunioni organizzative e/o di coordinamento.

 Le confermiamo che dovrà svolgere i suoi compiti durante il consueto orario di lavoro. Non è pertanto previsto alcun compenso addizionale per il suo coinvolgimento all’interno del corso.

 Si comunica che il Responsabile del corso è **Claudia Dalboni**.

Con la firma della presente si conferma di aver preso visione del Manuale Operativo Docente/ Non Docente.

Si informa infine che i dati personali verranno trattati, ai sensi del Reg. UE 679/2016, esclusivamente per le esigenze connesse all’attività svolta.

Si prega di restituire copia della presente firmata per accettazione.

***CS AZIENDALE S.r.l. Società Benefit* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via Leinì, 23 - 10036 – Settimo T.se**

**Tel. 011/897.00.64 – Fax 011/800.02.28** (Per accettazione)

**P.I./C.F. 06646880010**

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DIREZIONE ORGANISMO** | Nadia Panasyuk |
| FIRMA RESPONSABILE SEGRETERIA | Claudia Dalboni |